

توسعه فرایند آموزش بالینی اصول و فنون پرستاری با رویکرد مشارکتی - اقدام پژوهی

مرضیه اسدی ذاکر^۱، ژیلا عابدسعیدی^۲، حیدرعلی عابدی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: دانشکده‌های پرستاری همگام با تغییرات در سیستم‌های مراقبتی، به اصلاح در برنامه‌های آموزش بالینی به ویژه اولین تجربه دانشجویان در ورود به بالین نیاز دارند. اولین تجربه بالینی به عنوان سنگ‌بنای حرفه‌ای در آموزش پرستاری تلقی می‌شود. این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های موجود در آموزش بالینی اصول و مهارت‌های بالینی دانشجویان کارشناسی پرستاری و توسعه آن با رویکرد مشارکتی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد.

روش: مطالعه حاضر گزارش دو چرخه عمل از یک مطالعه اقدام‌پژوهی با رویکرد همکاری متقابل و شیوه بحث گروه‌های متمرکز و با مشارکت ۸۴ نفر از همه افراد ذی‌نفع صورت گرفت. برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های گروه‌های متمرکز از رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. در چرخه‌های عمل نیز روش ارزیابی انعکاسی در حین عمل و همچنین ارزشیابی پایانی در آخر هر چرخه با مشارکت کلیه اعضای درگیر از جمله دانشجویان مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که «عدم انسجام در برنامه و اجرای برنامه آموزشی، مدیریت ناکافی ارتباطات درون و برون سازمانی، عدم درک کافی دانشجویان از موقعیت، عدم کنترل مداخله‌گرها و عدم استفاده مناسب از تسهیل‌کننده‌ها در آموزش و بالین» از چالش‌های مهم پیش روی روند کارآموزی اصول و مهارت‌های بالینی در بستر مورد مطالعه بود. پس از تعیین مشکلات به صورت طبقه‌بندی، گروه‌های صاحب اختیار در تصمیم‌گیری‌های آموزشی در دانشکده با همکاری و مشارکت در برنامه کارآموزی اصول و مهارت‌های بالینی، یک برنامه عملیاتی در چارچوب کلی برنامه آموزشی درسی مصوب کشور تدوین نمودند. نتایج ارزشیابی در دو چرخه عمل، موفقیت کلی طرح عملیاتی بر مبنای مشارکت حرفه‌ای مدیران و مربیان از دانشکده و مدیران و پرستاران از بالین به همراه دانشجویان درگیر در همکاری متقابل در آموزش بالینی را تأیید کرد.

نتیجه‌گیری: برنامه‌ریزی همراه با مشارکت همه دست‌اندرکاران آموزشی و بالینی و دانشجویان درگیر در کارآموزی اصول و مهارت‌های بالینی، در کاهش نارسایی‌های آموزشی و فاصله تئوری و عمل مؤثر می‌باشد و رضایتمندی تمام ذی‌نفعان را به دنبال دارد.

کلید واژه‌ها: اصول و فنون پرستاری، اولین تجربه بالینی، دانشجوی کارشناسی پرستاری، آموزش بالینی مشارکتی، مطالعه اقدام‌پژوهی

ارجاع: اسدی ذاکر مرضیه، عابدسعیدی ژیلا، عابدی حیدرعلی. توسعه فرایند آموزش بالینی اصول و فنون پرستاری با رویکرد مشارکتی - اقدام پژوهی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۲): ۱۸۹-۱۷۵.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۳۱

روی پرستاری، تغییرات چند وجهی در محیط مراقبت‌های سلامتی است که می‌طلبد آموزش بالینی پرستاری هماهنگ با این تغییرات جریان یابد. لازم است آموزش بالینی فرصت‌های

مقدمه

امروزه دانشجویان پرستاری در حال آماده شدن برای اشتغال در محیط‌های در حال تغییر هستند (۱). یکی از مسایل پیش

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، اصفهان، ایران

Email: zhilasaeedi@hotmail.com

نویسنده‌ی مسئول: ژیلا عابدسعیدی

یادگیری برای انتقال به نقش حرفه‌ای پرستاری را ایجاد نماید و دانشجویان را برای گرفتن مسئولیت‌های حرفه‌ای پس از فارغ‌التحصیلی (۲) و ایفای نقش پرستار حرفه‌ای تحصیل کرده آماده کند (۳، ۲).

آموزش بالینی بخش مهمی از برنامه درسی پرستاری است که هدف آن، درگیرسازی دانشجویان پرستاری با مهارت‌های موردنیاز حرفه پرستاری می‌باشد (۴). مهارت عبارت است از «توانایی انجام مراحل ضروری برای رسیدن به یک هدف تحت شرایط مشخص و کنترل شده» (۵). تصور بر این است که با فراگیری مراقبت‌های بالینی در کلاس درس و آزمایشگاه پراتیک، دانشجوی پرستاری بتواند در محیط بالینی این دانش را به کار برد، اما این‌گونه آموزش‌ها در کارآموزی به ندرت منجر به توسعه قدرت تصمیم‌گیری، نگرش و تربیت می‌گردد (۶).

به دلیل این‌که درس اصول و فنون از دروس ابتدایی برای یادگیری مهارت‌های بالینی است، میزان یادگیری و شرایط مؤثر بر آموزش و یادگیری این درس می‌تواند از جایگاه ویژه‌ای در مهارت‌آموزی بالینی کارشناسان پرستاری برخوردار باشد (۷). دانشجوی پرستاری در آغاز بزرگسالی است، محیط مدرسه را ترک کرده، وارد محیط‌های بالینی ناآشنا و پیچیده شده است که دارای پیچیدگی‌های ارتباطات انسانی می‌باشد و لازم است با آن تعامل کند. چنین تجربه‌ای می‌تواند مشکلات گوناگونی را از جنبه‌های مختلف برای آنان ایجاد کند (۲). دانشجویان به طور تقریبی همیشه اولین روز فعالیت‌های یادگیری بالینی در محیط بالینی جدید را به عنوان یک رویداد پراسترس قلمداد می‌کنند. اولین مواجهه یا استقلال یادگیری آن‌ها را ارتقا می‌دهد و یا به علت ترس بیشتر به مربیان وابسته می‌شوند (۸). دانشجویان در اصول و مهارت‌های پرستاری استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (۹). ترس از صدمه به بیمار، یکی از علل ایجاد کننده استرس می‌باشد که توسط دانشجویان مطرح می‌گردد (۱۰)؛ به طوری که پس از اولین تجربه بالینی، از نظر سلامت روان آسیب‌پذیرتر می‌شوند (۱۱).

علاوه بر استرس، نقص ارتباطات در محیط آموزشی و تعامل ناکافی بین استاد و دانشجو، پایین بودن سطح انگیزه

در بین مربیان و دانشجویان پرستاری (۱۲)، نارسایی در محیط حمایتی و کسب هویت و یادگیری دانشجو از دیگر عللی است که منجر به افت کیفیت در فرایند یادگیری اولین تجربه بالینی می‌شود (۱۳). این موارد ناشی از مشکلات متعدد از جمله ناهماهنگی بین دروس نظری و کار بالینی، مشخص نبودن اهداف آموزش بالینی، محیط پرتنش بیمارستان، حضور کمتر مربیان باتجربه در محیط‌های آموزش بالینی، واقعی نبودن ارزشیابی‌ها و نیز کمبود امکانات رفاهی و آموزشی می‌باشد (۱۴). مشکلات دیگری مانند تأکید محدود بر حل مسئله و تفکر انتقادی، بازخورد ناکافی به دانشجویان، عدم وجود انتظارات واضح برای عملکرد دانشجو، الگوی نقش و محیط بالینی نامناسب، محیط اجتماعی غیر مؤثر و فرصت و زمان ناکافی نیز مزید بر علت می‌باشد (۱۵).

مهم‌ترین چالش‌های آموزش بالینی، فاصله موجود بین تئوری و عمل است و از عوامل مؤثر بر آن می‌توان به ارتباط با مدرس، محیط آموزشی، سیستم و بیمار اشاره کرد. جهت ایجاد آموزش بالینی پرستاری موفق و جو خلاق و بدون تنش، به تأمین امکانات و تجهیزات محیط بالینی و بازنگری ابزارها و فرایندهای ارزشیابی بالینی نیاز است که در مطالعات بسیاری تأیید گردیده است (۱۶). حجم کاری و ساختار روزکاری پرسنل پرستاری، توسعه حرفه‌ای را با مشکل مواجه کرده است. در بسیاری از مراکز بالینی، ترخیص پرسنل برای حضور در آموزش بالینی دانشجویان کار مشکلی است (۱۷). در سال‌های اخیر، مشارکت بین دانشکده‌های پرستاری و سازمان‌های خدماتی- درمانی در بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبتی منجر به توسعه رویکردهای جدیدی در بهبود یادگیری بالینی شده است (۱۸).

با توجه به ضرورت بازنگری و توسعه برنامه‌های آموزش پرستاری به ویژه آموزش بالینی (با این باور که آموزش بالینی اصول و فنون پرستاری به عنوان سنگ‌بنای آموزش در عرصه بالینی می‌باشد) و عدم وجود دانش عمیق از وضعیت موجود در بستر مورد مطالعه، پژوهش حاضر با رویکرد کیفی برای شناسایی چالش‌ها و با شیوه مشارکتی و انعکاسی در جهت توسعه فرایند آموزش بالینی اصول و فنون انجام گرفت.

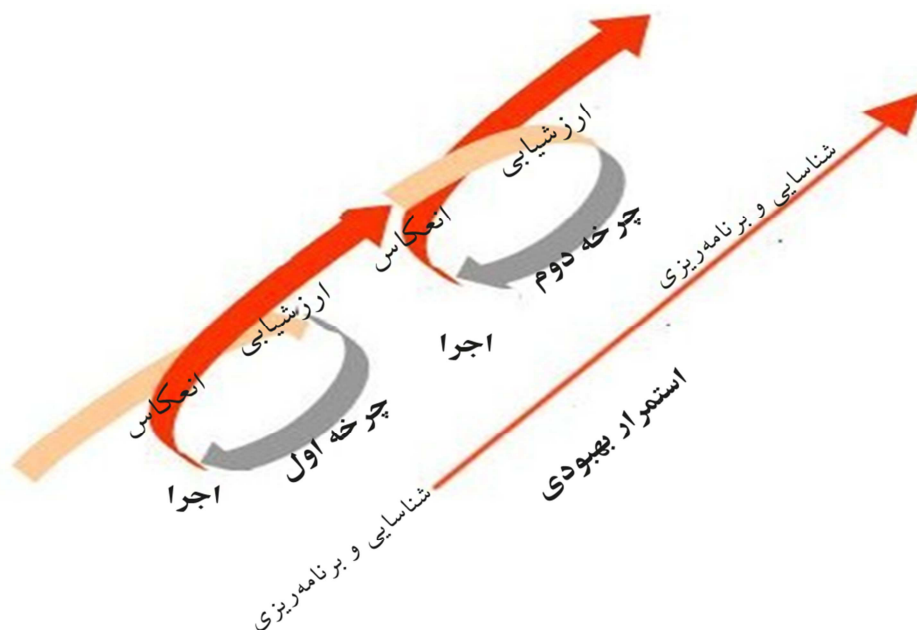
روش

این مطالعه از نوع اقدام‌پژوهی (Action research) با رویکرد همکاری متقابل (Mutual approach) بود. در این رویکرد، محقق و مشارکت کنندگان تمام طراحی‌ها و تصمیم‌گیری‌های فرایند تحقیق را با همدیگر انجام می‌دهند (۱۹). این طرح تحقیقاتی در قالب پایان‌نامه دکتری پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و در حوزه معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و کمیته اخلاقی دانشگاه مورد تصویب قرار گرفت. دو چرخه عمل در مطالعه حاضر طراحی شد که هر چرخه دارای چهار مرحله «شناسایی و برنامه‌ریزی، اجرا، انعکاس و ارزشیابی» بود (شکل ۱).

الف: مرحله شناسایی

در چرخه اول، برای شناسایی و تعیین وضعیت موجود روند کارآموزی اصول و مهارت‌های بالینی دانشجویان کارشناسی پرستاری، یک مطالعه کیفی مبتنی بر بحث گروه‌های تمرکز با رویکرد تحلیل محتوا انجام گرفت. با توجه به عدم وجود داده‌های کافی در این زمینه، روش تحلیل محتوا مناسب و منحصر به فرد می‌باشد (۲۰). مشارکت کنندگان در گروه

متمرکز تا قبل از پرسیدن، از سؤالات اطلاع نداشتند. سؤالات با توجه به هر گروه به این صورت پرسیده شد که: «کارآموزی اصول و فنون شما چطور بوده است؟، تجربه خود را در کارآموزی فن توصیف کنید، واحد کارآموزی فنون را از روز اول تا روز آخر توضیح بدهید؟» و از مربیان پرسیده شد: «وضعیت کارآموزی اصول و فنون را چگونه ارزیابی می‌کنید؟، تجربیات خود را در کارآموزی اصول و فنون توصیف کنید، برنامه خود را در کل یک واحد کارآموزی توصیف کنید، برنامه روزانه کارآموزی خود را توصیف کنید» و از پرستاران بالینی نیز پرسیده شد: «وضعیت کارآموزی اصول و فنون دانشجویان پرستاری را چگونه می‌بینید؟، تجربیات بالینی و آموزشی خود را در این مورد بفرمایید». با توجه به پاسخ‌ها، سؤالات بعدی مطرح گردید. تمام مصاحبه در یکی سالن‌های دانشکده که دارای فضای فیزیکی مناسب از نظر بی‌سر و صدا بودن و امکانات میز و صندلی به تعداد کافی مشارکت کنندگان و تهویه مناسب بود و امکان ضبط مناسب را فراهم می‌کرد، برگزار گردید. طول مدت مصاحبه‌ها بین ۷۵-۱۰۵ دقیقه بنا به شرایط مشارکت کنندگان متفاوت بود.



شکل ۱: فرایند عملیات چرخشی در بهبود آموزش اولین تجربه بالینی دانشجویان کارشناسی پرستاری

مشارکت کنندگان

شرکت کنندگان در این پژوهش، اعضای سطوح مختلف درگیر در آموزش و بالین بودند که از آن‌ها بنا به مقتضیات و مراحل تحقیق دعوت به عمل آمد. از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. برخلاف برخی دیگر از روش‌های کیفی، شرکت کنندگان در مطالعه اقدام‌پژوهی از فرایند پژوهش جدا نیستند (۱۹). در مطالعه حاضر ۸۴ مشارکت کننده از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و بیمارستان‌های آموزشی (گلستان، امام خمینی و رازی) وابسته به این دانشگاه درگیر بودند. مشارکت کنندگان دانشکده عبارت از معاون آموزشی، مدیر گروه پرستاری، اعضای هیأت علمی و کارشناسان آموزشی (۱۱ نفر) و ۵۸ دانشجوی کارشناسی پرستاری سال دوم، سوم و چهارم بودند. از بین دانشجویان سال دوم که کارآموزی اصول و مهارت‌ها را به تازگی گذرانده بودند، ۱۰ نفر و از بین دانشجویان سال دوم و سوم نیز ۶ نفر با هماهنگی اداره آموزش برای دارا بودن تنوع نظرات و تمایل آن‌ها در بحث‌های متمرکز مشارکت نمودند، اما ۴۲ دانشجو از مرحله اجرای تغییر وارد مطالعه شدند. از محیط بالینی نیز ۱۵ نفر از مدیران پرستاری، پرستاران و سرپرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مورد مطالعه در مراحل مختلف بنا به اقتضا وارد مطالعه شدند. پرستاران بالینی بر طبق نظر دفاتر پرستاری در مرحله «شناسایی» و «اجرای تغییر» و «ارزشیابی» و ضمن هماهنگی مدیریت گروه با آن‌ها مشارکت نمودند.

تمام مشارکت کنندگان ملزم بودند که پس از آگاهی از اهداف تحقیق و رضایت‌نامه آگاهانه مبتنی بر ماهیت اقدام‌پژوهی حاضر و قبل از ورود به مطالعه و در صورت داشتن تمایل، فرم رضایت‌مندی شرکت در مطالعه را امضا نمایند. همچنین به آن‌ها در مورد سؤالات و ابهامات و جزئیات پژوهش، محرمانه ماندن اسرار و اطلاعات، نام و مشخصات شرکت کنندگان حین و بعد از انجام پژوهش و مختار بودن شرکت کنندگان در خروج از پژوهش در هر زمان از پژوهش توضیح کافی داده شد. با وجود این‌که طبق رضایت‌نامه به طور شفاف بیان شد که شرکت کنندگان در

صورت تمایل در هر زمان اجازه خروج از مطالعه را دارند، اما فشار از درون گروه سبب مشکل شدن آن می‌شود (۱۹). در پایان هر چرخه، خلاصه‌ای از یافته‌ها به عنوان بازخورد با آن‌ها در میان گذاشته شد.

تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل محتوا بر اساس روش پیشنهادی Graneheim و Lundman (۲۱) و Ezeonwu (۲۲) استفاده شد. به این ترتیب که همه مصاحبه‌ها ضبط و چندین بار گوش داده شد و سپس کلمه به کلمه نوشته شد. برای به دست آوردن یک دید و حس کلی، متن دست‌نوشته‌ها چندین بار خوانده شد. در گام بعدی، بخش‌هایی از متون که تجارب مشارکت کنندگان در زمینه آموزش بالینی اصول و فنون را در برداشت، به عنوان واحدهای تحلیل (واحدهای معنایی) استخراج گردید. سپس این واحدها به واحدهای معنایی فشرده و خلاصه‌تر تبدیل شدند. در گام سوم، واحدهای فشرده شده، انتزاعی و برچسب‌گذاری کد به آن‌ها داده شد. کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند و در زیرطبقات و طبقات به گونه‌ای قرار داده شدند که بیانگر متن دست‌نوشته باشند. یافته‌ها به طور مکرر با متن دست‌نوشته‌ها مقایسه مداوم شده، برخی کدها حذف و یا با هم ادغام گردید. طبقات آزمایشی (Tentative) در اختیار دو محقق مستقل گذاشته شد و پس از بحث، مورد ویرایش قرار گرفت. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ برای استخراج واحدهای معنایی و کدهای اولیه و دسته‌بندی‌های اولیه داده‌ها کمک گرفته شد.

استحکام داده‌ها

پژوهشگر ضمن داشتن تعامل طولانی با شرکت کنندگان و با تلفیق اطلاعات از منابع متعدد و بررسی داده‌ها توسط افراد شرکت کننده و هم‌تایان سعی در مقبولیت و روایی داده‌ها نمود. برای تأییدپذیری داده‌ها، سعی در توصیف مناسب نوشتاری تمام مراحل تحقیق شد؛ به گونه‌ای که سایر افراد بتوانند با خواندن آن‌ها قادر به قضاوت باشند. در نهایت برای اعتمادپذیری داده‌ها سعی شد تا مراحل پژوهش طوری شرح داده شود تا توسط دیگران قابل حسابرسی باشد (۱۹).

یافته‌ها (در مرحله شناسایی)

پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار درون‌مایه «انسجام برنامه و روند منطقی اجرای برنامه، مدیریت ارتباطات درون و برون سازمانی، درک دانشجو از موقعیت و کنترل عوامل مداخله‌گر و استفاده مناسب از تسهیل‌کننده‌ها» به دست آمد (جدول ۱) که در ذیل به روند شکل‌گیری آن‌ها پرداخته شد.

جدول ۱: درون‌مایه‌ها و طبقات آشکار شده از تحلیل داده‌ها

درون‌مایه‌ها	طبقات
انسجام برنامه و روند منطقی اجرای برنامه	محتوای نامناسب آموزش بالینی
	عدم رعایت استانداردهای متناسب با شرایط گام‌های آموزشی
	ابهام در ارزشیابی دانشجو
مدیریت ارتباطات درون و برون سازمانی	عدم ثبات در برنامه و برنامه‌ریزی
	ارتباط ناکافی
	حضور مربی
درک دانشجو از موقعیت‌ها	شرایط روحی دانشجو
	موقعیت و ویژگی پرستاران بالینی
	ادراک دانشجو از آموزش و آموزش دهنده
کنترل عوامل مداخله‌گر و استفاده مناسب از تسهیل‌کننده‌ها	ادراک و احساسات دانشجو نسبت به رشته
	عوامل محدود کننده
	عوامل تسهیل کننده

۱- انسجام برنامه و روند منطقی اجرای برنامه

یکی از ابعاد مهم آموزش بالینی اصول و فنون، وجود برنامه و برنامه‌ریزی منسجم می‌باشد. مشکلات مطرح شده در این زمینه شامل «عدم همخوانی بین درس نظری و عملی، حجیم بودن محتوای آموزشی، وجود استانداردهای نامتناسب با شرایط، اجرای ناهماهنگ گام‌های آموزشی، عدم یکپارچگی اجرای برنامه کارآموزی برای گروه‌های دانشجویی و ابهام در ارزشیابی» بود.

۱-۱ عدم همخوانی بین درس نظری و عملی: توصیف مشارکت‌کنندگان بیانگر وجود ناهمخوانی بین آموزش پراتیک، کارآموزی و عملکرد پرستاران در بخش و سردرگمی دانشجو در نوع سرپرستی شدن بین پرستاران بخش و مربی بود. یکی از مربیان پراتیک گفت: «ما این‌جا تدریس خاصی انجام می‌دیم. تأکید بسیار شدیدی روی بعضی از مسایل داریم... وقتی تو

بیمارستان نگاه می‌کنیم متأسفانه هیچ کدوم از اینا قابل اجرا نیست». یکی از دانشجویان نیز اظهار داشت: «آموزش استاد پراتیک و کار عملی در بخش خیلی با هم ناهمخوان هستند». ۱-۲ حجیم بودن محتوای آموزشی: تجارب دانشجویان مشارکت‌کننده بیانگر حجیم بودن محتوای آموزشی کارآموزی می‌باشد. دانشجوی ترم سوم گفت: «پروسیجرها زیاد بودند، فقط اتاق Treatment را به ما معرفی کرد. گفت این استیشن پرستاریه اصلاً فوری رفتیم سراغ TPR (Temperature-Pulse-Respirations) گرفتن و مثلاً حالا دادن دارو و یه سری کارهای دیگه».

۱-۳ آموزش گام به گام: وارد کردن ناگهانی دانشجوی تازه‌کار به انجام فعالیت بالینی بدون ایجاد فضای ارتباطی و آشنایی مناسب با محیط بالین، می‌تواند برای وی شوک‌آور باشد. در واحد عملی پراتیک، فرایندهای مختلفی آموزش داده می‌شود. باید به صورت آرام و گام به گام دانشجو را وارد عرصه بالین نمود. یکی از دانشجویان ترم سوم گفت: «شروع ترم دو نباید توفان باشه، باید با یه بخش خیلی ساده شروع بشه... ما گروه خودمون بخش جراحی مغز و اعصاب بود».

۱-۴ وجود استانداردهای نامتناسب با شرایط: با توجه به تغییرات روزافزون ساختار پرستاری بالینی، نیاز به بازنگری وظایف و فرایندهای آموزشی با تکیه بر استانداردهای موجود می‌باشد. یکی از سوپروایزرهای بالینی گفت: «زمانی که شما فارغ‌التحصیل شدید چیزی به اسم کمک بهیار تو پرستاری نبود، اما الان دیگه جا افتاده که این کارهای خدماتی با کمک بهیار و کارگره». یکی از مربیان هیأت علمی نیز گفت: «به نظر من تو واحد اصول و فنون یه مقدار باید بازنگری بشه، یه سری از پروسیجرهایی که یه مقدار کم استرس‌تر هستند حالا بیشتر کار با بیمار، ارتباط با بیمار و مراقبت‌های اولیه هستش بدیم به دانشجو».

۱-۵ مبهم بودن ملاک ارزشیابی: انتظارات از دانشجو و ملاک ارزشیابی وی باید روشن و متناسب با توان یادگیری و میزان آموزش داده شده باشد. یکی از دانشجویان ترم سوم (مرد) گفت: «استاد نمی‌گفت این‌رو انجام بدید، مثلاً این نمره داره، بد انجام بدید نداره».

۷-۱ عدم یکپارچگی اجرای برنامه: تفاوت در اجرای برنامه کارآموزی برای گروه‌های دانشجویی توسط مربیان از مشکلات دیگر دانشجویان بود. دانشجوی پرستاری سال سوم بر این عقیده بود که: «یه استاد مثلاً یه مطلب می‌گفت، یه استاد دیگه می‌اومد یه مطلب دیگه می‌گفت... خیلی اختلاف داشتند».

۲- مدیریت ارتباطات درون و برون سازمانی

۱-۲ ارتباط ناکافی: عدم ارتباط کافی و مناسب بین برنامه‌ریزان آموزشی، مدیران پرستاری بالینی، مربیان، پرستاران بالینی و دانشجویان کارآموز فاصله آموزش و بالین را بیشتر می‌کند. یکی از مدیران خدمات پرستاری گفت: «بیشتر مربی‌ها و دانشجویان رو می‌فرستید دفتر، ولی ما مربی نمی‌بینیم... بیا دفتر بیا خودت رو معرفی کن خانم، من امروز داخلی دانشجوی دارم که من یه ذره باهاش صحبت بکنم، بهش بگم چه نکاتی رو باید رعایت کنی به سرپرستار داخلی بسپارم هوای این خانم رو داشته باش... تعامل بهتری باشه».

۲-۲ حضور مربیان: یکی از ابعاد بسیار مهم در اجرای برنامه کارآموزی اصول و فنون پرستاری، حضور مدرسين و مربیان باتجربه و دانش به روز بود تا بتوانند راهنما و حامی دانشجویان تحت سرپرستی خود باشند. بعضی دانشجویان در حضور مربی احساس امنیت می‌کنند و مایل هستند تحت نظر مستقیم مربی باشند. یکی از دانشجویان ترم سوم گفت: «مربی باید باشه؛ چون به هر حال ممکنه یه اتفاقی پیش بیاد ما اون لحظه پاسخگو نباشیم... مربی باید باشه چون ما رفتیم تو بخش وجودش به نظرم واجبه». یکی از مربیان هیأت علمی گفت: «مربی که تو بخش خودش حاضر نیست ملاحظه عوض کنه، خودش گاوآژ نمی‌ده به مریض، خودش اوغ می‌زنه... مربی فن یعنی ما همه این صحبتایی که کردیم داریم برمی‌گردیم رو خود مربی».

۳-۲ شرایط روحی دانشجویان به دلایل متفاوتی وارد رشته پرستاری شده‌اند. دانشجویان بی‌علاقه تحت فشار روحی هستند و استرس زیاد روز اول ورود به بخش مزید بر علت می‌باشد. یکی از دانشجویان ترم سوم گفت: «آره چرا مثلاً استاد دانشجوی رو مجبور می‌کنه همون روز اول ساکشن انجام بده، چرا دانشجویی که مثلاً حالت تهوع داره و خیلی

براش سخته استاد مجبورش می‌کنه که دانشجو بر اساس اجبار کاری کنه... باید یه کاری کنه که دانشجو خودش واقعاً دلش بسوزه واسه بیمار».

۴-۲ نقش پرستاران بالینی: بخشی از نیروی انسانی بسیار مؤثر بر یادگیری مهارت‌های بالینی و الگوپذیری دانشجویان، کارکنان پرستاری بالینی می‌باشند. آن‌ها می‌توانند نقش مثبت یا منفی در این زمینه ایفا نمایند. در همین ارتباط یکی از دانشجویان ترم سوم (مرد) گفت: «استاد ما ترم قبل (کارآموزی فن) مثلاً یه جایی ضعف داشت تو بخش عملیش، مجبور بودیم که از پرسنل بپرسیم، ولی خوب پرسنل هم زیاد با ما همکاری نمی‌کردند و می‌گفتند ما فعلاً نمی‌تونیم، وقت نداریم». یکی از دانشجویان ترم سومی حرفش را قطع کرد و گفت: «پرسنل یه توقعی هم از کارآموز دارند، مثلاً می‌خواند که ما کارهای TPR و دارو دادنمون رو انجام بدیم که یه کم کارشون سبک‌تر بشه فقط همین... و گرنه مثلاً این‌که امکانات در اختیارشون قرار بده و یا اصلاً خیلی وقتا می‌ری دنبال یه چیزی یا مثلاً یه بیماری وضعیتش این‌جوریه اصلاً اهمیت نمی‌ده».

۳- درک دانشجو از موقعیت

دانشجویان مشارکت کننده در لابلای تجارب یادگیری خود، به نوعی احساس و استنباط خود را نسبت به حرفه و وظایف پرستاری، مربی یا مدرس آموزش پراتیک و بالینی اصول و فنونی که تجربه کرده‌اند، مطرح می‌کردند.

۱-۳ درک دانشجو از حرفه و وظایف پرستاری: استنباط و درک دانشجو از وظایف دانشجو بر طبق نظر دانشجوی ترم سوم بدین شرح است: «کار پرستار فقط آموزش دادن مراقبت‌های اولیه می‌باشد و نه انجام آن... پرستاری یعنی سرم زدن، انجام تزریقات و... کاری که قرار نیست ما در آینده انجام بدیم و لزومی نداره یاد بگیریم، در نهایت فقط باهاش آشنا می‌شیم نه این‌که خیلی وقت بذارند تو اتاق پراتیک... رو بیشتر کارهایی که اهمیت داره تو بیمارستان بیشتر تمرکز داشته باشیم».

۲-۳ احساسات دانشجو نسبت به استاد: دانشجویان احساسات متفاوتی نسبت به مربی خود نشان می‌دهند. دانشجوی ترم سوم (مرد) در این باره بیان کرد: «حضور استاد

مشکلات موجود در فرایند آموزش بالینی اصول و فنون پرستاری: مصاحبه‌های گروهی و تحلیل آن‌ها برای شناسایی چالش‌ها و نیازها انجام گردید. مشکلات عمده در وضعیت موجود فرایند آموزش کارآموزی اصول و فنون پرستاری عبارت بودند از:

- عدم انسجام در برنامه نوشتاری و عملیاتی کارآموزی
- کمبود مربی و افزایش تعداد دانشجو
- ارتباطات ناکافی درون و برون سازمانی (فاصله اعضا با هم و فاصله آموزش با بالین)
- عدم درک کافی دانشجو از موقعیت
- عدم کنترل مناسب محدودیت‌ها در اجرای فرایند آموزشی

ب: مرحله برنامه‌ریزی

شش جلسه برنامه‌ریزی با حضور اعضای دانشکده و بالین تشکیل و طرح عملیاتی مشارکتی برای بهبود و توسعه فرایند کارآموزی اصول و فنون در چارچوب کلی برنامه آموزشی درسی و با در نظر گرفتن عوامل مداخله‌گر تدوین گردید.

برای کاهش فاصله بین آموزش و بالین:

- اقدام به جلب مشارکت دفاتر پرستاری و پرستاران بالینی در آموزش دانشجویان و دخالت آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزش بالینی اصول و فنون پرستاری گردید. به همین منظور، مدیران پرستاری بیمارستان‌های آموزشی در جریان حداقل‌ها و گام‌های آموزش بالینی اصول و فنون قرار داده شدند و نظرات آن‌ها نیز در روند آموزشی و اصلاحات اعمال گردید.
- با توجه به پراکندگی و تغییر بخش‌های بالینی برای کارآموزی در دوره‌های قبل و با نظر مشترک اعضای دانشکده و بالین، بخش‌های داخلی و جراحی عمومی به عنوان بخش‌های بالینی مناسب برای کارآموزی فن در نظر گرفته شد.
- برای اولین بار پرستاران رابط بالینی به عنوان «کمک مربیان» در کنار مربیان دانشکده، توسط دفاتر پرستاری پیشنهاد و معرفی شدند که مورد استقبال دانشکده قرار گرفت.
- تشکیل جلسه هماهنگی آموزش و بالین قبل از شروع کارآموزی و در اوایل هر ترم تحصیلی با اطلاع و هماهنگی

بعضی جاها واقعاً استرسه» و دانشجوی ترم سومی نیز بر این عقیده بود که: «من وقتی باهام می‌ومد مثلاً برا انجام پروسیجر خیلی راحت‌تر بودم تا این که نیاد».

۴- کنترل عوامل مداخله‌گر و استفاده مناسب از تسهیل‌کننده‌ها

۱-۴ محدود کننده‌ها: وجود الگوی منفی پرستار بالینی از نظر عدم انجام مراقبت‌های اولیه، عدم آموزش مناسب مراقبت‌های اولیه به دانشجو توسط مربی، تأکید صرف بر فرایندها در فن، کمبود مربی باتجربه و سلیقه‌ای عمل کردن مربیان، ترافیک زیاد کارکنان مراقبتی- درمانی نزد بیمار و دعوای پزشک سالاری در بخش، محیط تخصصی و پرتنش برای اولین تجربه بالینی و محدودیت وسایل موردنیاز از محدودیت‌های فرایند مناسب آموزش بالینی اصول و فنون بود. یکی از مربیان دانشکده گفت: «۹۰ درصد اون زحمت‌های هر کسی که توی ترم اول با این دانشجو کار کرده همه به باد... ۹۰ درصد شاید ۹۹ درصد نگم». یکی از مدیران خدمات پرستاری نیز گفت: «باید مربی باتجربه پیدا کنیم، جذابیت ایجاد کنیم، هزینه کنیم».

۲-۴ تسهیل‌کننده‌ها: تمایل مشارکت کنندگان برنامه‌ریز در آموزش و بالین برای همکاری و هماهنگی بیشتر با هم می‌تواند در جهت آموزش بالینی مؤثرتر کمک نماید. یک کارشناس خدمات پرستاری گفت: «حدود انتظارات دانشکده اصلاً از مربی چیه که می‌خواد، چه محصولی بده اگر که این‌ها طراحی بشه، مشخص بشه، مترون‌های من هم می‌دونند که تو چه حدی با این مربی که می‌خواد اصول و فنون رو یاد بده با دانشجو ارتباط برقرار کنند». ضمن تأیید، یکی از مدیران خدمات پرستاری گفت: «با وجود این که مربی حضور داره توی بالین به نظرم نمرشونو سرپرستارها بدن، سهمی از نمرشونو سرپرستار بده».

پس از استخراج درون‌مایه‌ها از بحث‌های جلسات متمرکز، مشکلات عمده در وضعیت موجود فرایند آموزش بالینی (کارآموزی) اصول و مهارت‌های بالینی در دانشکده تعیین و سپس اقدام به برنامه‌ریزی عملیاتی گردید.

هر واحد کارآموزی جهت تبادل نظر و ایجاد هماهنگی بیشتر در عملیاتی کردن فرایند آموزشی جدید

- اصلاح و بازنویسی فرم ارزشیابی دانشجو در کارآموزی اصول و مهارت‌های پرستاری در راستای فرایند آموزشی جدید

برای ایجاد تناسب بیشتر تعداد دانشجو و حل مشکل کمبود مربی

- برجسته کردن نقش کارآموزی اصول و فنون به عنوان گام اول و اساسی در ورود به حوزه بالینی و حرفه‌ای شدن دانشجویان پرستاری با به کارگیری تحقیق عملکردی مشارکتی به عنوان چارچوب شیوه تغییر

- جلب نظر برنامه‌ریزان دانشکده و علاقه‌مند شدن آن‌ها در بهبود کیفیت اجرای کارآموزی اصول و فنون با به کارگیری امکانات محدود موجود به بهترین نحو

- دعوت و تشویق مربیان باتجربه و توانمند برای همکاری در سرپرستی کارآموزان اصول و فنون

- کاهش تعداد دانشجو به حداکثر ۷ نفر در هر گروه کارآموزی (در دوره‌های قبل ۱۱-۸ نفر بوده‌اند)

- مشارکت یک پرستار بالینی به عنوان «کمک مربی» در کنار هر یک از مربیان دانشکده برای اولین بار

برای بهبود درک دانشجویان از فرایند آموزش بالینی اصول و فنون و کاهش استرس آن‌ها از ورود به بالین، اقدامات زیر صورت گرفت.

- تدوین برنامه توجیهی دانشجویی و کارگاه یک روزه

مدیریت استرس قبل از شروع کارآموزی برای اولین بار

- تعیین برنامه «بیمارستان‌گردی» در روز اول کارآموزی و دادن فرصت به دانشجو برای آشنایی با فضای بالینی و سلسله مراتب حرفه‌ای و نیز یافتن موقعیت جدید خود در بالین برای اولین بار

- نظرخواهی از دانشجویان و مشارکت دادن آن‌ها در اصلاح فرایند آموزشی در طول اجرای فرایند

ج: مرحله اجرا

در چرخه‌های عمل، ۴۲ دانشجو که درس نظری و پراتیک

قبل توسط مسئول گروه اصول و فنون اقدام دیگر بود.

اقدامات برای انسجام نوشتاری و هماهنگی در عملیاتی کردن برنامه آموزش بالینی عبارت بودند از:

- اصلاح و مکتوب کردن مجدد حداقل‌های کارآموزی اصول و فنون پرستاری به طوری که در این واحد، بیشتر تکیه بر آشنایی دانشجو با محیط بالینی، سلسله مراتب مراقبتی-درمانی، کدهای اخلاقی، برقراری ارتباط مناسب حرفه‌ای و مراقبتی با کادر مراقبتی-درمانی و بیماران، آشنایی با برگه‌های پرونده بیمار، اجرای مقدماتی فرایندهای پرستاری و یادگیری و انجام مستقل فرایندهای پرستاری غیر تهاجمی مانند گرفتن علائم حیاتی و ثبت و رسم آن‌ها، رعایت اصول ایمنی بیمار، آموزش مراقبت از خود به بیمار، جابه‌جایی بیمار، مراقبت از خط وریدی و کنترل جذب و دفع مایعات، کمک به تغذیه و کنترل رژیم غذایی بیمار، مشارکت در انجام مراقبت‌های اولیه بیمار و مشارکت در انجام پانسمان‌های ساده بود.

دانشجو در همه فرایندهای تهاجمی [خون‌گیری، گرفتن (Intravenous) IV، سونداژ، ساکشن، NGT (Nasogastric tube)، دادن دارو و...] نقش مشاهده‌گر دارد و کارآموزی در روزها و گام‌های پایانی بر اساس توانمندی و علاقه توسط وی و با نظارت مربی یا کمک مربی انجام می‌گردد (ولی جزء حداقل‌های کارآموزی نیستند). فرایند ادمیت و ترخیص بیمار به دلیل عدم توانمندی و آمادگی دانشجو از حداقل‌های آموزشی حذف شد.

- تدوین خلاصه‌ای از اختصارات و اصطلاحات عمومی پرستاری و در اختیار دانشجویان قرار دادن قبل از شروع کارآموزی

- اصلاح و مکتوب کردن مجدد گام‌های آموزشی کارآموزی اصول و فنون به گونه‌ای که آموزش از ساده به پیچیده باشد. به همین منظور ۱۰ روز کارآموزی برای انجام ۱۰ گام بازنویسی و اصلاح شد.

- تدوین چارت گزارش‌نویسی کارآموزی اصول و مهارت‌های پرستاری

- تشکیل جلسات مشترک مربیان با هم قبل و بعد از

دوره دوم قرار می‌گرفت. در دوره دوم برنامه اصلاح شده دوباره مورد اجرا، انعکاس و ارزشیابی قرار گرفت و نقاط مثبت و ضعف و موارد موردنیاز برای اصلاح تعیین شد.

یافته‌ها

جدول ۲ نشان دهنده بهبود فرایند آموزش بالینی در چرخه اول از نظر ایجاد انسجام در گروه و برنامه‌ریزی اصول و مهارت‌های بالینی، بهبود ارتباط و هماهنگی بین آموزش و بالین، تناسب تعداد دانشجویان به ازای هر مربی و رضایتمندی دانشجویان از نحوه اجرای جدید گام اول آموزشی به صورت بیمارستان‌گردی می‌باشد.

از نقاط ضعف برنامه، عدم یکسان بودن اجرای برخی گام‌های آموزشی در هر سه بخش کارآموزی فن در روزهای تعیین شده بود که در جلسه ارزشیابی، دلایل آن مطرح و نیاز به تجدید نظر در ترتیب آن‌ها وجود داشت. اجرای گام اول در یکی از بخش‌های جراحی (آشنایی دانشجویان با بیمارستان و سلسله مراتب پرستاری) فقط محدود به آشنایی در محدوده بخش مربوطه بود (در طی چرخه دوم این کمبود توسط یکی دیگر از مربیان جبران شد). در یکی از بخش‌ها چندان ارتباطی بین مربی و سرپرستار (به عنوان کمک مربی) مشهود نبود و مربی چندان احساس نیازی به کمک سرپرستار در آموزش بالینی دانشجویان نشان نمی‌داد. از طرف دیگر کمک مربیانی که سرپرستار بودند، به علت مشغله زیاد در امر آموزش و ارتباط با دانشجویان چندان فرصت مشارکت نداشتند.

اصلاحات موردنیاز

مربیان ضمن تبادل نظر در مورد هماهنگ شدن بیشتر آن‌ها در اجرای گام‌های کارآموزی، علل ناهماهنگی در اجرای برخی گام‌ها را مورد بحث قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که با توجه به تفاوت در ماهیت و شرایط بخش‌های کارآموزی، نیاز به انعطاف‌پذیری در اجرای گام‌های میانی (از روز ۴-۷) آموزشی می‌باشد؛ بنابراین ترتیب گام‌ها به این صورت اصلاح شد که مربیان در روز اول کارآموزی برای آشنایی دانشجویان با محیط فیزیکی بیمارستان و بخش‌های مختلف و نیز سلسله مراتب پرستاری از مترو و سوپروایزرها

اصول و فنون را گذرانده بودند (هر چرخه عمل شامل ۲۱ دانشجوی در قالب سه گروه ۷ نفره در سه بخش داخلی و جراحی عمومی با سه مربی و کمک مربی) وارد مطالعه شدند. جلسه مربیان کارآموزی و کمک مربیان معرفی شده از دفاتر پرستاری (یک پرستار صبح کار ثابت و دو سرپرستار از بخش‌های داخلی و جراحی عمومی بیمارستان‌های گلستان و امام) دو روز قبل از شروع کارآموزی با حضور مدیر گروه فن در دانشکده جهت هماهنگی و تبادل نظر تشکیل گردید.

روز بعد با توجه به برنامه پیشنهادی «جلسه توجیهی» و اجرای «کارگاه مدیریت استرس» برای دانشجویان قبل از ورود به بالین یک روز قبل از شروع کارآموزی در دانشکده و با حضور تمام دانشجویان ذی‌ربط، مسؤول گروه اصول و فنون و توسط یکی از اعضای روان‌پرستار دانشکده اجرا گردید. در این جلسه، یک بسته آموزشی به صورت مکتوب در اختیار تمام دانشجویان قرار گرفت. این بسته شامل طرح درس، اهداف و گام‌های آموزشی، فرم ارزشیابی، منشور حقوق بیمار، چارت گزارش‌نویسی و لیست تشخیص‌های پرستاری NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) بود. کارآموزی هر گروه ۷ نفره دانشجوی اصول و فنون طبق برنامه زمان‌بندی دانشکده در یک دوره ۱۰ روزه و در سه روز اول هر هفته به طول انجامید.

د: مرحله ارزشیابی

روند اجرای برنامه کارآموزی در حین اجرا مورد بازتاب و ارزشیابی قرار می‌گرفت؛ به طوری که در حین اجرا سعی در رفع بعضی از مشکلات آن‌ها می‌شد و در پایان هر دوره کارآموزی نیز فرایند آموزشی از نظر مربی، سرپرستاران و پرستار بالینی «کمک مربی» و درگیر در مطالعه و دانشجویان کارآموز به صورت کیفی (مصاحبه‌های کوتاه فردی و گروهی، مشاهده و مشارکت در جلسه ارزشیابی) مورد ارزشیابی قرار گرفت. در پایان مرحله اجرا در هر دوره، ارزشیابی پایانی نیز با حضور مسؤولین برنامه‌ریزی آموزشی و نمایندگان از دانشجویان مشارکت‌کننده انجام می‌شد. به این ترتیب برنامه آموزشی اول مورد بازبینی و اصلاح جهت تدوین برنامه برای

برنامه آموزشی اول مورد بازبینی و اصلاح جهت تدوین برنامه برای چرخه دوم قرار می‌گرفت (جدول ۲ و ۳).

بحث

تحقیقات کیفی به طور مکرر قبل از اجرای برنامه‌های نیازسنجی مراقبت‌های سلامتی و در نتیجه تعیین برنامه‌های موردنیاز مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۳). یافته‌های مطالعه حاضر، نتیجه تعامل بین محقق و مشارکت کنندگان است. نتایج غنی مطالعات طبیعت‌گرایی به صورت اطلاعات عمیق، توانایی بالقوه‌ای در روشن‌سازی ابعاد چندگانه پدیده پیچیده مورد مطالعه دارند (۲۴). یافته‌ها بیانگر این بود که یکی از مشکلات عمده در آموزش بالینی اصول و مهارت‌های بالینی، عدم وجود انسجام در برنامه و روند اجرای منطقی برنامه می‌باشد. برای این امر محتوای مناسب آموزش تئوری، پراتیک و بالینی و آموزش مستمر با تأکید بر حفظ استانداردها ضروری و در رعایت استانداردها یا حداقل‌های مطلوب

تا رده‌های مختلف بیمارستان‌گردی به طور هماهنگ عمل نمایند. روز دوم، علاوه بر توضیح گام‌ها و اهداف آموزشی برای دانشجویان توسط مربیان، ارتباط با بیمار و چارت TPR و برگه‌های پرونده با آن‌ها کار شود. روز سوم علاوه بر موارد قبل، فرایند پرستاری با گرفتن شرح حال شروع شد و روز چهارم، مراقبت از IV و سرم درمانی بود. رویه‌ها در روز ۴، ۵، ۶ و ۷ با توجه به شرایط بخش با صلاحدید مربی می‌توانست جابه‌جا شود، ولی گام‌های ۸، ۹ و ۱۰ به طور یکسان در بخش‌ها عمل گردد. همچنین تصمیم‌گیری شد که بیمارستان‌گردی به عنوان گام اول کارآموزی که برای کارآموزان گروه‌های اول در چرخه اول انجام نشده بود، به طور جبرانی توسط مربیان فن اجرا شود و همچنین با توجه به عدم رضایت دانشجویان از کیفیت اجرای کارگاه مدیریت استرس و پیشنهاد آن‌ها به برگزاری جلسه توجیهی توسط خود مربیان فن قبل از شروع کارآموزی به دلیل عدم فرصت کافی برای چرخه دوم، به اجرا در چرخه‌های بعدی موکول شد. به این ترتیب

جدول ۲: ارزشیابی برنامه عملیاتی در چرخه اول

نقاط مثبت	نقاط ضعف	اصلاحات موردنیاز
انسجام در برنامه‌ریزی کارآموزی اصول و فنون	عدم رضایتمندی دانشجویان از کیفیت اجرای کارگاه مدیریت استرس قبل از شروع کارآموزی توسط مدرسی غیر از مربی کارآموزی	با پیشنهاد دانشجویان، اجرای کارگاه مدیریت استرس و جلسه توجیهی توسط خود مربیان فن قبل از شروع کارآموزی
وجود ارتباط و تعامل بین مربیان اصول و فنون و تبادل نظر با هم قبل از شروع کارآموزی و حضور در جلسات ارزشیابی	عدم یکسان بودن اجرای گام‌های آموزشی	انعطاف‌پذیری در ترتیب اجرای گام‌های میانی کارآموزی (از روز ۷-۴) آموزشی
وجود تعامل بین مربیان و سرپرستاران به عنوان کمک مربی و برنامه‌ریزان آموزشی	اجرای بیمارستان‌گردی به طور ناقص توسط یکی از مربیان	مربیان در اجرای گام‌ها در هر سه بخش با هم هماهنگ‌تر عمل نمایند
همکاری و استقبال دفتر پرستاری بیمارستان‌های مورد مطالعه در اجرای تغییرات و اصلاحات با تعیین نمودن پرستار یا سرپرستاران بخش‌های کارآموزی اصول و مهارت‌ها به عنوان کمک مربی و ادامه همکاری در طول چرخه اول	عدم احساس نیاز یکی از مربیان به وجود کمک مربی	
همکاری سرپرستاران و پرستاران بالینی: پاسخگویی پرستاران و در اختیار قرار دادن امکانات موجود در بخش برای دانشجویان فن	مشغله زیاد سرپرستاران «کمک مربی» و مشارکت ناکافی آن‌ها در امر آموزش و ارتباط با دانشجویان	
رضایتمندی مربی، دانشجو و سرپرستار از پرستار «کمک مربی» در یکی از بخش‌ها		
رضایتمندی دانشجویان از بیمارستان‌گردی در روز اول کارآموزی		
تناسب تعداد دانشجو به ازای هر مربی		
ثبت فعالیت‌های انجام شده دانشجو در چارت گزارش‌نویسی		

جدول ۳: ارزشیابی برنامه عملیاتی در چرخه دوم

اصلاحات مورد نیاز	نقاط ضعف	نقاط مثبت
حذف فرایند «ادمیت» و «ترخیص» بیمار از گام‌های آموزشی با توجه به عدم آمادگی علمی کافی دانشجویان	نامناسب بودن فرم «شرح حال» پیشنهادی در چرخه اول و دوم؛ چرا که بیشتر به عنوان چک‌لیست معاینات بالینی بود تا مناسب برای گرفتن شرح حال بیمار	موارد مذکور در چرخه اول
فرم شرح حال WNL (Within normal limits)		رضایتمندی زیاد دانشجویان یکی از بخش‌ها از اجرای قوی‌تر برنامه بیمارستان‌گردی به عنوان گام اول آموزشی
جایگزین فرم قبلی جهت انجام ارزیابی بیمار		استقبال و همراهی دفاتر پرستاری در اجرای بیمارستان‌گردی روز اول کارآموزی
اجرای برنامه توجیهی توسط خود مربیان قبل از شروع کارآموزی برای دانشجویان ورودی به چرخه سوم (به علت عدم فرصت کافی، برای چرخه دوم برنامه‌ریزی و اجرا نشد)		اجرای بیمارستان‌گردی جبرانی برای دانشجویان کارآموزی که در چرخه اول این گام برای آن‌ها اجرا نشده بود
		قابلیت اجرایی بهتر گام‌های ۴، ۵، ۶ و ۷ در صورت انعطاف‌پذیری و جابه‌جا کردن آن‌ها بنا به شرایط بخش
		اظهار تمایل شدید هر دو سرپرستار «کمک مربی» در نقش «کمک مربی» باقی ماندن با وجود مشغله زیاد آن‌ها
		کسب تجربه بیشتر پرستار «کمک مربی» و اظهار رضایت آنان مبنی بر تسلط بیشتر در آموزش دانشجویان

(۹). روش‌شناسی اقدام‌پژوهی افراد را برای ایجاد تغییر با تولید دانش از طریق انعکاس روی تجارب و موقعیت‌های فردی آن‌ها توانمند می‌سازد (۱۹).

یکی از نارسایی‌های مهم در روند آموزش بالینی اصول و فنون، عدم ارتباط کافی درون و برون سازمانی بود که در مطالعه حاضر با دعوت به مشارکت آن‌ها در مراحل مختلف مطالعه و تأثیرپذیری روند و محتوای آموزش از نظرات آن‌ها، تشکیل جلسه هماهنگی آموزش و بالین قبل از شروع کارآموزی در اوایل هر ترم تحصیلی، هماهنگی دفاتر پرستاری با هماهنگی قبلی مدیر گروه فن، تعیین بخش‌های بالینی مناسب برای کارآموزی فن با هماهنگی دفاتر پرستاری، تعیین پرستاران رابط بالینی به عنوان کمک مربیان با پیشنهاد و توسط دفاتر پرستاری و آماده‌سازی کمک مربیان با شرکت دادن آن‌ها در جلسات آموزشی و توجیهی در جهت کاهش فاصله بین آموزش و بالین اقدام گردید. نتایج اجرا و ارزشیابی «برنامه آموزش بالینی مشارکتی حرفه‌ای محور» در این

آموزشی توجه به شرایط و بسترهای مختلف الزامی می‌باشد. مطالعه Reimer-Kirkham و همکاران (۲۵) و Yang و همکاران (۲۶) نیز مؤید توجه به انسجام ساختار آموزش بالینی و افزایش یادگیری دانشجویان از طریق شفاف‌سازی اهداف آموزشی، طراحی مناسب فعالیت‌های یادگیری و نوآوری‌های آموزش بالینی متناسب با برنامه‌های آموزشی می‌باشد. طبق نظر مشارکت کنندگان، انتظارات از دانشجویان و ملاک ارزشیابی وی باید روشن و متناسب با توان یادگیری و میزان آموزش داده شده باشد. بر طبق نظر Awuah-Peasah و همکاران، دانشجویان پرستاری باید قبل از ورود به بخش با چگونگی کارآموزی و آن‌چه از آن‌ها انتظار می‌رود، آشنایی یابند (۴). Oermann تأکید می‌کند که دانشجویان یک فراگیر است نه یک پرستار؛ بنابراین باید انتظارات از آن‌ها متناسب با توان آن‌ها باشد؛ در صورتی که برخی از مربیان و پرسنل پرستاری انتظار دارند آن‌ها در حد یک کارشناس ظاهر شوند، بدون این‌که وقت کافی به آن‌ها برای تمرین و پالایش عملکرد داده شود

مطالعه نیز مؤید موفقیت الگوهای مشارکتی می‌باشد.

مطالعه دیگری نیز مؤید این مطلب بود که آموزش بالینی یک تجربه فردی و بین فردی با قوانین و مقررات خاص است که نیازمند مشارکت فعال مدرسین و دانشجویان می‌باشد (۲۷). Hathorn و همکاران بیان کردند که حجم کاری و ساختار روزکاری کارکنان پرستاری، توسعه حرفه‌ای را با مشکل مواجه کرده است. در بسیاری از مراکز بالینی، ترخیص کارکنان برای حضور در آموزش بالینی دانشجویان کار مشکلی است، اما استراتژی‌های مشارکتی می‌تواند سبب کاهش نگرش‌های منفی پرستاران در محیط‌های یادگیری بالینی نسبت به دانشجویان پرستاری گردد (۱۷).

در مدل‌های مشارکتی آموزش بالینی، اعتماد به نفس و صلاحیت دانشجویان در مراقبت‌های بالینی به دلیل یکپارچگی انتظارات تیم آموزشی و منتورها از آن‌ها افزایش می‌یابد (۶). یافته‌های مطالعه Nash در دانشکده بهداشت دانشگاه تکنولوژی کوئینزلند استرالیا با هدف ارزیابی مدل آموزش بالینی در جهت ارتقای تجربه عملی دانشجویان کارشناسی پرستاری و کارکنان شاغل پرستاری که با آن‌ها در محل کارآموزی کار می‌کردند، بیانگر اجرای موفق مدل ارزیابی شده بود. در مطالعه وی مدل CEU (Continuing education unit) از قبل طراحی شده بود و او با کمک ذی‌نفعان اقدام به اجرا و ارزشیابی نموده بود (۲۸)؛ در حالی که در مطالعه حاضر، ذی‌نفعان در تمام مراحل مطالعه از نیازسنجی، تعیین اهداف، برنامه‌ریزی عملیاتی تا اجرا و ارزشیابی مشارکت داشتند.

در مدل‌های مشارکتی به دلیل حمایت از طرف پرستاران بالینی، رضایت دانشجویان، اعتماد به نفس در ارزیابی بیمار، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت‌پذیری بیشتر جهت یادگیری خود را به همراه دارد. پرستاران بالینی نیز اذعان کرده‌اند که دانشجویان در قبال مراقبت از بیمار بیشتر پاسخگو هستند (۱۸). نتایج مطالعه حاضر نیز مشابه مطالعه فوق می‌باشد.

نقش کمک مربی تا حدودی مشابه «پرستار رابط» در مدل DEU (Dedicated education unit) می‌باشد. در مدل DEU پرستاران بالینی نسبت به مربیان بالینی،

مسئولیت بیشتری در آموزش مستقیم دانشجویان به عهده دارند، ولی در مطالعه حاضر نقش کمک مربی کمتر از مربی دانشکده می‌باشد. در مدل دانشگاه میشیگان، مربیان بالینی را اعضای هیأت علمی بالینی تشکیل می‌دهند که به صورت تمام وقت در خوشه بالینی بودند و علاوه بر سرپرستی و آموزش دانشجویان در محل‌های بالینی، ارتباطات قوی با منتورهای بالینی داشتند و از این طریق در جهت انجام مراقبت‌های پرستاری پیشرفته و بهبود پیامدهای بیمار اقدام می‌کنند. دانشجویان این مطالعه نیز گزارش کردند که اعتماد به نفس و صلاحیت آن‌ها در مراقبت‌های بالینی به دلیل یکپارچگی انتظارات تیم و منتورها از آن‌ها افزایش یافته است (۶).

یکی دیگر از درون‌مایه‌های استخراج شده در این پژوهش، «احساسات و درک دانشجو از موقعیت» می‌باشد. استرس احتمالی که دانشجویان ممکن است در محیط بالینی تجربه کنند، ضرورت توجه بیشتر مدیران و مربیان دانشکده را می‌طلبد (۹). دانشجویان در مطالعه حاضر بر این باور بودند که بعضی از ادراک آن‌ها با واقعیت همخوانی نداشت و احساس می‌کردند که استادان از آن‌ها درک درستی ندارند. Yang در مطالعه خود با هدف کشف و درک معانی و ساختارهای مرتبط با اولین تجارب بالینی دانشجویان پرستاری، نشان داد که دانشجویان به طور مؤثری با خدمات بالینی سازگار نمی‌شوند و آن‌ها فرایندهای یادگیری مشکلی را تجربه کردند (۲). تحلیل انعکاسی و انتقادی توسط دانشجویان و درگیر کردن آن‌ها در ارزیابی دیدگاه‌ها از ضرورت‌های یادگیری بالینی است (۱۸). در مطالعه حاضر برخلاف بسیاری از مطالعات، نظرات، احساسات و ادراک دانشجویان نقش قابل ملاحظه‌ای در مراحل مختلف فرایند آموزش بالینی مشارکتی حاضر داشت؛ چرا که تجارب دانشجویان پرستاری از خدمات بالینی، بینش عمیق‌تری از استراتژی آموزش بالینی اثربخش را در آموزش پرستاری فراهم می‌کند؛ بنابراین طراحی برنامه‌های آشناسازی واقع‌بینانه و سیستم‌های حمایتی دانشجویان پرستاری توسط اعضای هیأت علمی ضروری می‌باشد (۲). برای حمایت از دانشجویان و کاهش استرس آن‌ها در بدو

مطالعاتی اعلام نمودند.

نتیجه گیری

با وجود محدودیت‌ها، نتایج ارزشیابی به طور کلی در دو دوره اجرا مؤید موفقیت کلیات برنامه عملیاتی مشارکتی حرفه‌ای محور بود و سبب رضایتمندی مدیران و مربیان دانشکده و مدیران و پرستاران بالینی مشارکت کننده در فرایند به جهت همکاری دو جانبه در آموزش بالینی و بیشتر شدن ارتباطات مؤثر آموزش و بالین و رضایتمندی دانشجویان شد. مشکلات به وجود آمده در طول مطالعه عبارت از: عدم همکاری یکی از مربیان در کارگروه‌ها و کنار کشیدن از تدریس با وجود مذاکرات مختلف و دلجویی‌ها، برنامه‌های پیش‌بینی نشده برخی مربیان در زمان اجرای تغییر و لزوم جایگزین نمودن جانشین، مطلوب نبودن جو عاطفی و یادگیری بالینی کافی از نظر دانشجویان و مشغله زیاد سرپرستاران «کمک مربی» و محدود بودن زمان آن‌ها برای مشارکت در آموزش بود. مشارکت عموم ذی‌نفعان در برنامه‌ریزی فرایند کارآموزی اصول و مهارت‌های پرستاری به عنوان سنگ‌بنای خدمات بالینی حرفه‌ای در چارچوب برنامه آموزشی موجود می‌تواند در کاهش نارسایی‌های آموزشی، کاهش فاصله تئوری و عمل، رضایتمندی و مسؤولیت‌پذیری دانشجویان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که با همکاری و مساعدت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به مرحله اجرا درآمد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مدیران، مدرسین، مربیان و دانشجویان محترم پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی و مدیران خدمات پرستاری و پرستاران بالینی بیمارستان‌های آموزشی گلستان، امام خمینی و رازی به جهت همکاری صمیمانه آن‌ها به عنوان مشارکت کنندگان و ذی‌نفعان این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

ورود به بالین برای اولین بار اقدام به تدوین، اجرا و اصلاح برنامه توجیهی دانشجویی و کارگاه یک روزه مدیریت استرس قبل از شروع کارآموزی شد. اجرای برنامه «بیمارستان‌گردی» در روز اول کارآموزی و دادن فرصت به دانشجو برای آشنایی با فضای بالینی و سلسله مراتب حرفه‌ای و نیز یافتن موقعیت جدید خود در بالین همچنین نظرخواهی از خود دانشجویان و مشارکت دادن آن‌ها در اصلاح فرایند آموزشی در طول اجرای فرایند، اقدام دیگری در بهبود آموزش بالینی و کسب رضایتمندی آن‌ها بود.

عوامل محدود کننده و مداخله‌گر در سازمان‌های آموزشی می‌توانند فرایند آموزش را با مشکل مواجه نمایند و در صورت به کارگیری امکانات موجود به نحو مناسب می‌توان کیفیت آن را بهبود و تسریع دهند. از محدودیت‌های اصلی این مطالعه، کمبود مربی به ویژه مربی مجرب و افزایش تعداد دانشجو بود که روند آموزش را با مشکل مواجه نمود. در بالین نیز مشغله زیاد پرستاران و سرپرستاران و عدم مسؤولیت‌پذیری آن‌ها نیز مزید بر علت بود، ولی در راستای مطالعه Svejda و همکاران، با تعهدات مشترک بین اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده و اعضای پرستاری بالینی در جهت غنی کردن یادگیری دانشجویان پرستاری و رسیدن به اهداف آموزشی، می‌توان محیط و فرصت مناسب یادگیری برای دانشجویان مبتدی کارآموز خلق کرد (۶).

در مطالعه حاضر، برنامه‌ریزان آموزشی از جمله مشارکت کنندگان فعال و با اختیار کافی از نظر پیش‌بینی هزینه‌ها و تأمین بودجه‌های آموزشی بودند که به نوبه خود روند اجرا را تسهیل می‌نمود. Fourie و همکاران گزارش کردند که مواردی از قبیل پیگیری هزینه‌ها و بودجه کافی قبل از آغاز به کار مدل مشارکتی سبب رویکرد ساختار یافته‌تر برای تعیین نقش‌ها و ایجاد محیط حمایتی دانشجویی می‌شود (۱۸). با توجه به ماهیت این تحقیق عملکردی و مشارکتی و مسؤولیت‌پذیری تمام ذی‌نفعان که هر کدام به نوعی در این مطالعه مشارکت فعال داشته‌اند، برنامه‌ریزی از بالا به پایین هدایت نمی‌شد، بلکه مجریان خود برنامه‌ریزان نیز بودند. مدیران و برنامه‌ریزان دانشکده و دفاتر پرستاری، آمادگی خود را جهت ادامه بهبودی فرایند آموزشی با همین چارچوب

References

1. Griffin Perry A, Potter PA. Clinical nursing skills and techniques. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Science Health Science Division; 2009.
2. Yang J. Korean nursing students' experiences of their first clinical practice. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013; 3(3): 128-38.
3. Ulusoy MF. Students' views on clinical practice of fundamentals of nursing course. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2008; 26-40.
4. Awuah-Peasah D, Akuamoah Sarfo L, Asamoah F. The attitudes of student nurses toward clinical work. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2013; 5(2): 22-7.
5. Rennie I. Exploring approaches to clinical skills development in nursing education. *Nurs Times* 2009; 105(3): 20-2.
6. Svejda M, Goldberg J, Belden M, Potempa K, Calarco M. Building the clinical bridge to advance education, research, and practice excellence. *Nurs Res Pract* 2012; 2012: 826061.
7. Gaberson KB, Oermann MH, Shellenbarger T. Clinical teaching strategies in nursing. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014.
8. Gaberson KB, Oermann MH. Foundations of clinical teaching. In: Gaberson KB, Oermann MH, editors. *Clinical teaching strategies in nursing*. 3rd ed. New York, NY: Springer Publishing Co; 2010.
9. Oermann MH. Evaluation and testing in nursing education. New York, NY: Springer Publishing Company; 2013.
10. Salehian M, Armaat MR. Qualitative study of nursing student experiences of clinical education. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2009; 1(2-3): 57-66. [In Persian].
11. Asadi Zaker M, Izadi A, Haqhighi Sh. Evaluation of relationship between the mental health nursing students' with first experience clinical training. *Jundishapur Journal of Educational Development* 2011; 3(4): 8-17. [In Persian].
12. Mahmoudirad G, Alhani F, Anoosheh M. Nursing students' and instructors' experience about nursing fundamental course: A qualitative study. *Iran J Med Educ* 2009; 8(2): 293-303. [In Persian].
13. Khademian G, Sharif F. First clinical experiences of nursing students. *Iran J Nurs Res* 2012; 7(26): 23-33. [In Persian].
14. Abedini S, Abedini S, Aghamolaei T, Jomehzadeh A, Kamjoo A. Clinical education problems: the viewpoints of nursing and midwifery students in Hormozgan University of Medical Sciences. *Hormozgan Med J* 2008; 12(4): 294-53. [In Persian].
15. Jokar F, Haghani F. Nursing clinical education, the challenges facing: A review article. *Iran J Med Educ* 2011; 10(5): 1153-60.
16. Pazokian M, Rassouli M. Challenges of nursing clinical education in world. *J Med Edu Dev* 2012; 5(8): 18-26. [In Persian].
17. Hathorn D, Machtmes K, Tillman K. The lived experience of nurses working with student nurses in the clinical environment. *The qualitative report* 2009; 14(2): 227-44.
18. Fourie W, McClelland B, Mak D, Jones D, Kivell D, Lovelock A, et al. Dedicated education unit: enhancing clinical teaching and learning. Wellington, New Zealand: Ako Aotearoa National Centre for Tertiary Teaching Excellence; 2011.
19. Streubert Speziale H, Streubert HJ, Rinaldi Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
20. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
22. Ezeonwu MC. Nursing education and workforce development: Implications for maternal health in Anambra State, Nigeria. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2013; 5(3): 35-45.
23. Morse JM. Qualitative health research-creating a new discipline. Walnut, CA: Left Coast Press; 2012.
24. Polit DF, Tatano Beck CH. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization, Volume 1. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
25. Reimer Kirkham Sh, Harwood CH, Terblanche L, van Hofwegen L, Sawatzky R. The use of clinical placements in nursing education: a national survey. Hayward, CA: Trinity Western University, Nursing Department; 2007.
26. Yang WP, Chao CS, Lai WS, Chen CH, Shih YL, Chiu GL. Building a bridge for nursing education and clinical care in Taiwan--using action research and Confucian tradition to close the gap. *Nurse Educ Today* 2013; 33(3): 199-204.
27. Hossein KM, Fatemeh D, Fatemeh OS, Katri VJ, Tahereh B. Teaching style in clinical nursing education: a qualitative study of Iranian nursing teachers' experiences. *Nurse Educ Pract* 2010; 10(1): 8-12.
28. Nash R. Collaboration in clinical education: development, implementation and evaluation of an innovative model of undergraduate nursing students [PhD Thesis]. Queensland, AU: Queensland University of Technology; 2007.

Development of Clinical Teaching Process of the Fundamentals of Nursing with Participatory Approach: an Action Research

Marziyeh Asadizaker¹, Zhila Abed saeedi², Heidar Ali Abedi³

Original Article

Abstract

Introduction: Consistent with health care changes, nursing schools also require revising of clinical education programs, especially, the nursing student's first clinical experience. The first clinical experience is considered the cornerstone in professional nursing education. The present study was conducted with the aim to identify challenges of clinical training of the fundamentals of nursing to undergraduate students and develop them with a collaborative approach in the School of Nursing and Midwifery in Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences, Iran.

Method: The presents study reports the two operating cycles of an action research with a collaborative approach and focus group discussion, and with the participation of 84 stakeholders. Content analysis approach was used to analyze the data obtained in focus discussion interviews. In addition, reflective evaluation was performed during the operation and final evaluation at the end of each cycle with the participation of all members, including students.

Results: The findings of this qualitative study detected a lack of consistency in planning and implementation of curriculum, inadequate intra- and extra-organizational communication management, inadequate student understanding of situation, and improper control of restrictors and improper use of facilitators in teaching and practice. After classification of problems, educational decision-making authorities of the School developed an operational program within the national curriculum framework through participation in clinical skills and principles training program. Overall, the evaluation results in the two operating cycles confirm that the general success of the action plan is based on professional collaboration of faculty trainers and administrators, and clinical nurses involved in the process.

Conclusion: Planning fundamentals of nursing training in partnership with all those involved in practice and education, together with students can be effective in reducing educational failures, gap between theory and practice, and result in the satisfaction of all stakeholders.

Keywords: Fundamentals of nursing, First clinical experience, Undergraduate nursing student, Clinical training partnership, Action research study

Citation: Asadizaker M, Abed saeedi Zh, Abedi HA. Development of Clinical Teaching Process of the Fundamentals of Nursing with Participatory Approach: an Action Research. J Qual Res Health Sci 2014; 3(2): 175-89.

Received date: 20.04.2014

Accept date: 26.05.2014

1- PhD Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran AND lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jondishapore University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti Medical Sciences University, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zhila Abed saeedi, Email: zhilasaeedi@hotmail.com